

Revista Latinoamericana de Psicopatologia

Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em

Psicopatologia Fundamental

Brasil

Pegolo da Gama, Carlos Alberto; Onocko Campos, Rosana Teresa; Ferrer, Ana Luiza

Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 17, núm. 1, marzo, 2014, pp. 69-84

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233030659006>

Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento^{*1}

Carlos Alberto Pegolo da Gama^{*2}

Rosana Teresa Onocko Campos^{*3}

Ana Luiza Ferrer^{*4}

O objetivo do texto é refletir sobre as relações entre saúde mental e vulnerabilidade social a partir do encontro da Psiquiatria Biológica com a Reforma Psiquiátrica. Problematizamos o conceito de saúde mental, o conceito de vulnerabilidade social, os manuais diagnósticos, as pesquisas epidemiológicas, tendo como pano de fundo as Políticas Públicas de Saúde. Identificamos a necessidade de superação da lógica técnico-científico tradicional incorporando a singularidade e saberes ligados aos sujeitos que são afetados pelo sofrimento.

Palavras-chave: Saúde mental, doença mental, vulnerabilidade social, tratamentos de saúde mental e psiquiátrico

69

^{*1} O presente artigo faz parte da produção do Grupo de Pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces” ligado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Este grupo é inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Brasília, DF, Br) e coordenado pela Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos.

^{*2} Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João Del-Rei (São João del-Rei, MG, Br)

^{*3} Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

^{*4} Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

Introdução

As relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são muito complexas e exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza” reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida. Ao mesmo tempo, problematizar esta questão pode indicar direções para boas práticas na área de saúde mental.

Este texto tem como objetivo refletir a respeito das relações entre elas a partir das diversas lógicas presentes neste cenário. Para tanto é necessário refletir sobre o conceito de saúde mental e sobre o conceito de vulnerabilidade social tendo como pano de fundo o processo de implantação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

O processo da Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 1970 teve como foco principal a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos fazendo a crítica do modelo manicomial e criando alternativas de tratamento no território através de uma política pública que inverteu e direcionou os gastos para a implantação dos equipamentos substitutivos. Na última década identificam-se diversas ações do Ministério da Saúde para estruturar um modelo de Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária, ampliando o acesso de usuários com problemas menos graves e de dependência química (Amarante, 2003; Brasil, 2003, 2007 e 2010).

Apesar das transformações ocorridas no cuidado ao paciente portador de transtornos graves, percebe-se a permanência da lógica psiquiátrica clássica no discurso da psiquiatria biológica. Ela está presente no diagnóstico, pelo modo de construção e operação dos manuais de classificação psiquiátricos, na construção dos instrumentos de pesquisa epidemiológica a respeito de pessoas portadoras de problemas mentais e na forma como acontece o processo de medicalização do social (Pereira, 2000; Caponi, 2009; Russo, 2006).

Temos, de um lado, um discurso que desconstrói o saber psiquiátrico tradicional, relativizando o conceito de doença mental, ampliando o olhar sobre o sofrimento psíquico, apostando na reabilitação psicossocial, nas ações humanizadas evitando o estigma e o preconceito e, de outro, uma postura classificatória, normatizadora e biologizante que concebe a doença mental como interna ao sujeito e aposta na extinção do sintoma pela medicação como única forma de tratamento. Estas duas lógicas fazem parte do cotidiano dos serviços sem que haja uma reflexão das contradições destas abordagens e as consequências do seu emprego (Saraceno, 1999; Amarante, 2007).

O conceito de Saúde Mental

A definição de saúde proposta pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” tem sido alvo de inúmeras críticas, pois defini-la desta forma faz dela algo ideal, inatingível. Alguns autores sustentam que a definição teria possibilitado uma medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde (OMS, 2001; Caponi, 2003; Carvalho, 2005).

Caponi (2003), baseada nas ideias de Canguilhem (1990), afirma que além deste caráter utópico e subjetivo, a definição da OMS permite a utilização do conceito para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigoso. O conceito de saúde tende a se confundir com o conceito de frequência. Há uma aproximação entre saúde e normalidade e a construção de instrumentos de medição que atribuem parâmetros “científicos” que vão definir este intervalo. Estes instrumentos na maioria das vezes são escalas construídas a partir de questionários sobre o problema em questão. As respostas que têm mais frequência são consideradas o padrão de normalidade e o “anormal” situa-se nas bordas da curva de normalidade. Esta lógica de construção faz com que qualquer expressão diferente ou discordante das respostas mais frequentes, sejam consideradas “patológicas” o que não é necessariamente verdade.

Canguilhem (1990) mostrou em “O normal e o patológico” que a medicina explica suas enfermidades como desvios em relação a uma média estatística que indica a frequência deste fenômeno na população em geral, sendo o tratamento um processo de normalização. Caponi (2003) afirma que o conceito de normal é duplo, isto é, de um lado se refere à média estatística e de outro transforma-se num conceito valorativo ligado ao que é considerado desejável em um determinado momento histórico numa determinada sociedade.

A existência de uma pessoa inclui os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, as angústias existenciais, os desafios e as contradições. Quando criamos um conceito de saúde que impede uma conexão com a vida cotidiana, que exclui as oscilações, as possíveis aventuras e as escolhas singulares, relacionando qualquer afastamento da regra a uma espécie de crime e merecedor de um determinado castigo, estamos, ao contrário de produzir saúde, normatizando o comportamento. Assim, o conceito de saúde necessitaria ser reformulado englobando as oscilações da vida, inclusive a própria possibilidade de adoecimento. A análise poderia ficar mais centrada na capacidade de enfrentamento dos problemas. A ideia de saúde como abertura ao risco (Canguilhem, 1990; Caponi, 2003) nos parece interessante, isto é, o indivíduo poderia, a partir do contato com o discurso científico a respeito dos riscos e das doenças, levar uma existência pautada por uma negociação interna, pessoal, a respeito das escolhas “saudáveis” que deseja realizar.

A definição de saúde mental ou saúde psíquica é ainda mais complicada pois além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico envolve a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela. A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa significa, na maioria das vezes, colocá-la num espaço que pode ser iatrogênico.

Os Manuais de Classificação Psiquiátrica – O diagnóstico

Alguns autores refletem mais profundamente a respeito do próprio sistema de classificação psiquiátrica, os chamados manuais como o DSM-IV e CID-10.

Caponi (2009) afirma que as classificações psiquiátricas modernas se referem a condutas, sentimentos e comportamentos de sujeitos sem redes sociais, não sendo levados em conta os vínculos, as relações pessoais, afetivas e de trabalho na hora de definir o diagnóstico.

Pereira (2000) problematiza a própria concepção dos manuais de diagnósticos psiquiátricos como o DSM-IV e o CID-10. Ele identifica que, na atualidade, a abordagem hegemônica privilegia a sintomatologia do paciente e está ligada a uma tentativa de se criar uma abordagem empírica, operacional e pragmática dos problemas mentais. Este movimento inicia-se na década de 1970 por um grupo de psiquiatras americanos. No início, pretendia-se criar uma classificação das doenças mentais que permitisse a comunicação científica. Para tanto, esta abordagem deveria ser ateórica e não teria pretensão de se constituir como uma psicopatologia. No entanto, o que observamos é um deslocamento deste enfoque inicial na medida em que, a partir de uma visão biologizante dos problemas mentais, o debate a

respeito da etiologia das doenças fica restrito a como determinado quadro responde a certo tipo de medicação. Desta forma, o debate psicopatológico fica abolido em favor do diagnóstico. Toda a influência que a psicanálise exercia na psicopatologia até a década de 1960, é substituída de maneira brusca pela influência da psicofarmacologia. Novas entidades nosológicas são criadas sem levar em consideração a dinâmica nem a estrutura da doença.

Russo e Venâncio (2006) apontam que as versões mais recentes destes manuais aboliram o chamado diagnóstico dimensional, que comportava uma espécie de continuidade entre os diversos quadros não havendo fronteiras nitidamente demarcadas e rígidas, sendo substituído por uma classificação onde as fronteiras fossem bem delimitadas e objetivas.

Isso se explica devido à forma como os sintomas eram concebidos: sendo expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas, poderia, em casos diferentes, estar referidos a mecanismos diferentes. O inverso também podia ocorrer: sintomas diferentes eram referidos a um mesmo mecanismo subjacente. Os opositores desta visão “dimensional” argumentavam que a falta de critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico. (p. 466)

Pereira (2000) afirma que uma das consequências desta mudança é a constituição de um discurso hegemônico que delibera sobre a legitimidade das proposições neste campo. Assim, o suposto “ateorismo” destes manuais terminou por excluir do debate cientificamente autorizado, todas as outras disciplinas como a fenomenologia, a psicanálise e a análise existencial resultando numa concepção cada vez mais naturalizada do sofrimento mental deixando de lado as dimensões subjetiva, histórica e cultural.

Russo e Venâncio (2006) chamam atenção para a visão estritamente biológica articulada à hegemonia do tratamento farmacológico. Estes pesquisadores questionam se o crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas não tem estreita relação com a produção de novos medicamentos, isto é, um interesse econômico.

As pesquisas epidemiológicas – A demanda de Saúde Mental

Os estudos epidemiológicos a respeito da prevalência de transtornos mentais na população estão alicerçados numa lógica idêntica àquela que apontamos na construção do conceito de saúde mental. São estudos transversais que se utilizam de escalas de sensibilidade para determinado número de variáveis que são representadas pela sintomatologia do sujeito. A argumentação é toda estruturada a partir dos

números obtidos e não se verifica questionamento a respeito dos instrumentos utilizados na pesquisa. Estes instrumentos, como já afirmamos, não definir um padrão de normalidade (Canguilhem, 1990).

Identificamos também alguns estudos mais relacionados à demanda de Saúde Mental da Atenção Primária que estão baseados nos conceitos de Transtorno Mental Comum, Sofrimento Difuso ou Transtorno Psiquiátrico Menor. Estas denominações referem-se a configurações clínicas muito semelhantes, ligadas a queixas somáticas inespecíficas como dores no corpo, mal-estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia, nem sempre classificáveis nas grandes síndromes psiquiátricas (Maragno et. al., 2006; Fonseca et al., 2008; Valla, 2001).

Fonseca et al. (2008) afirmam que este tipo de queixa é uma das maiores demandas da Atenção Básica e de maneira frequente não recebem tratamento. Esta demanda recebe classificações como: poliqueixosos, psicosomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos e pitiáticos. Insistem na importância da capacitação dos profissionais da atenção básica para a compreensão destes quadros, pois muitas vezes portadores destas queixas são tratados de maneira preconceituosa. Apontam que a compreensão desta problemática vai além da individuação do problema, havendo necessidade de ampliação do foco para o contexto social, as condições socioeconômicas, as relações sociais, etc.

74 Maragno et al. (2006) apontam que esta configuração clínica é subnotificada, pois tanto os usuários não procuram tratamento como, quando procuram, não recebem a devida atenção e tratamento adequado. Na pesquisa desenvolvida a prevalência encontrada foi de 24,95% sendo que os grupos mais vulneráveis foram mulheres, idosos, baixa escolaridade e menor renda per capita. A relação entre incidência de transtornos mentais e classe econômica aparece em vários estudos (Fleck et al., 2002; Costa et al., 2002; Caprara e Rodrigues, 2004; Kronbauer e Meneghel, 2005; Maragno et al., 2006; Martin et al., 2007; Bandeira et al., 2007; Ludermir 2008; Fonseca et al., 2008; Fonseca, 2009). Kac et al. (2006) dizem que a relação inversa entre transtorno mental e classe econômica é um dos resultados mais consistentes dos estudos epidemiológicos populacionais e de atenção primária no Brasil. Estes dados confirmam outras pesquisas internacionais que associam o baixo nível socioeconômico com um aumento dos problemas mentais.

Estas pesquisas nos trazem diversos pontos para reflexão, tanto no sentido de entender a própria concepção da pesquisa, qual a concepção de saúde/doença mental que ela sustenta, o que significam os resultados que ela apresenta, como compreender a vinculação com a vulnerabilidade social e o impacto de tudo isto nos serviços e nos profissionais de saúde.

Uma primeira questão relaciona-se com o aumento de sensibilidade dos instrumentos de pesquisa. A tendência de se criar categorias mais abrangentes tais como Transtorno Mental Comum, Morbidade Psiquiátrica Menor ou Sofrimento

Mental Difuso, pode induzir um processo de patologizar os estados afetivos. Comportamentos, sentimentos e situações que fazem parte do cotidiano das pessoas, isto é, certa oscilação dos estados afetivos podem ser encaradas como estados patológicos, e a resposta dada a estes “problemas” é geralmente medicamentosa.

Fonseca et al. (2008) rebatem esta crítica afirmando a necessidade de dar visibilidade a este tipo de manifestação de sofrimento e de estabelecer conexões entre estas manifestações e suas raízes psicossociais. Entendemos que estas conexões devem extrapolar o mecanicismo presente na racionalidade científica tradicional introduzindo diversos elementos que vão produzir uma singularização de cada situação.

O segundo ponto que nos chama atenção relaciona-se com a correlação entre problemas mentais e indicadores sociais. Novamente estamos diante de um problema bastante complexo, pois a associação entre “pobreza” e “loucura” muitas vezes é incorporada rapidamente no imaginário da população em geral e pelos profissionais da saúde em particular. Entender o alcance desta “correlação” e a partir daí estruturar ações produtoras de saúde mental é um desafio.

Fonseca et al. (2008) afirmam que a correlação entre problemas mentais e indicadores sociais não deve induzir a uma postura preconceituosa na qual as populações das periferias estariam condenadas a uma situação imutável e estática. Pelo contrário, os estudos epidemiológicos mostram que algumas “condições de vida podem vulnerabilizar as populações inclusive para doenças não transmissíveis e não infecciosas, mas com potencial incapacitante equivalente a tais manifestações já reconhecidas pelo campo da Saúde Pública” (p. 290).

Passaremos agora a discutir o conceito de vulnerabilidade social que nos ajudará no aprofundamento desta discussão.

O conceito de vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade também está mergulhado neste cenário de lógicas conflitantes. Muñoz et al. (2007) apontam que na década de 1980 há uma retomada do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde no contexto da epidemia de AIDS na perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença. Ayres et al. (2003) descrevem como se deu a reelaboração do conceito de vulnerabilidade neste contexto. Para os autores, a utilização do conceito de risco epidemiológico provocou, neste caso, uma série de problemas relacionados principalmente às peculiaridades da doença.

Ayres et al. (2003) afirmam:

Ocorre que os fatores de risco utilizados para os primeiros estudos epidemiológicos experimentaram um deslocamento discursivo de implicações práticas

extremamente relevantes. De categorias analíticas instrutoras do raciocínio causal, o fator de risco transmutou-se no conceito operativo de grupo de risco. (...) A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente através da grande mídia, e agora não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria “ontológica”, como uma identidade concreta. (p. 119)

Esta situação fortaleceu atitudes preconceituosas com relação aos grupos de risco, principalmente contra os homossexuais. As estratégias de prevenção foram organizadas em torno do tema da abstinência sexual e do isolamento. O conceito de grupo de risco começou então a ser criticado tanto pela inadequação nas propostas de prevenção quanto pelos movimentos sociais relacionados aos grupos atingidos. De “grupo de risco” a apostila passou para estratégias de redução de risco e o conceito-chave passa para “Comportamento de Risco”. Foi uma tentativa de diminuir o estigma com relação aos grupos mais atingidos no início, e estimular um envolvimento individual com a prevenção. Esta mudança também foi criticada, pois trazia consigo uma tendência a culpabilização individual pela contaminação.

Começam a aparecer proposições que defendiam estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas indicavam outras de alcance mais social e estrutural. É neste contexto que o conceito de vulnerabilidade começa a ganhar visibilidade.

O entendimento da diferença entre risco e vulnerabilidade passa por uma primeira distinção que atribui um caráter analítico ao risco e tendências de síntese para a vulnerabilidade. O conceito epidemiológico de risco tenta identificar relações entre eventos de modo a estabelecer a probabilidade de ocorrência de um determinado fenômeno. Tem o objetivo de expressar as chances matemáticas de adoecimento de um indivíduo qualquer, desde que portador de certo traço identitário. Há um processo analítico de isolamento de variáveis (dependentes e independentes) e reconhecimento de uma causalidade explicativa do mundo a partir de uma casuística identificada. Esta causalidade é indutora de certas ações por parte dos serviços e profissionais de saúde (Ayres et al., 2003).

O conceito de Vulnerabilidade apresenta características muito diferentes do conceito de Risco. Ele procura identificar elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitam estas situações, num movimento de síntese. A vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico. Ela tem o objetivo de expressar o “potencial de adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições”. Ayres et al. (2003) afirmam que a vulnerabilidade encampa todos os fenômenos que são excluídos das análises de risco por não apresentarem determinadas características exigidas

pelos parâmetros epidemiológicos e estatísticos. Assim, fenômenos que apresentam inconstância, múltiplas causas, interferências, não permanência etc. são os objetos de estudo das análises de vulnerabilidade.

Ayres et al. (2003) apontam que as análises de Vulnerabilidade envolveriam três eixos que estariam interligados: o individual, o social e o programático. O individual relacionado à qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre o problema, a capacidade de elaborar estas informações e transformá-las em práticas de prevenção e proteção. O componente social relacionado às possibilidades de obter e elaborar informações, acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, influência nas decisões políticas, enfrentamento de barreiras sociais, etc. O componente programático refere-se aos recursos sociais e políticas públicas ligadas ao problema. Os autores destacam que as análises de vulnerabilidade não prescindem das análises epidemiológicas de risco, mas são mais cautelosas na construção de propostas de intervenção a partir dos dados epidemiológicos.

Saúde mental e vulnerabilidade

No percurso anterior pudemos identificar diferentes concepções a respeito de temas importantes relacionados à temática que estamos trabalhando. Nossa propósito é apontar que a filiação a determinado paradigma, isto é, a origem epistemológica de determinado saber influencia nas práticas ligadas ao campo em questão.

Não se trata de demonizar a ciência tradicional e sua racionalidade, nem de negar as diversas produções e inovações oriundas de certa forma de fazer ciência. No entanto, quando estamos diante de questões envolvendo seres humanos, como é o caso da saúde mental, devemos ficar atentos para que as colaborações oriundas de diferentes lógicas possam dar sua contribuição na justa medida e sejam impedidas de atravessarem algumas fronteiras interferindo de maneira intrusiva na própria concepção de tratamento.

Ayres et al. (2003) propõem a diferença entre tendências modeladoras e contrivistas. As tendências modeladoras estariam ligadas a uma tradição de produção de conhecimentos que não reconhece ou não faz uma autocrítica a respeito do reducionismo que está presente no próprio movimento de construção de categorias e conceitos.

Czeresnia (2003) argumenta que o processo de construção teórica da ciência tradicional pressupõe recortes necessários para o estabelecimento de certos conceitos que tenham potencial explicativo e possam ser generalizados. No entanto, apesar desta construção ser operativa, ela não é capaz de expressar o fenômeno na sua integridade. Para a autora não faria sentido criticar o pensamento científico

na sua limitação e reducionismo, pois estas características são constitutivas deste modelo de ciência. O problema estaria em negar o limite da construção científica, isto é, os limites dos conceitos com relação ao real. No limite, nenhuma ciência conseguiria dar conta da realidade. A singularidade presente num determinado fenômeno sempre se mostrará mais complexa que os modelos explicativos.

A perspectiva construtivista, por outro lado, tentaria uma aproximação mais complexa com relação aos fenômenos, no sentido de realizar composições com a diversidade de relações existentes entre eles, levando em conta a dimensão da singularidade, da subjetividade e da experiência concreta. Czeresnia (2003) afirma:

Buscar dar conta da singularidade é estabelecer novas relações entre qualquer conhecimento construído por meio de conceitos e modelos e o acontecimento singular que se pretende explicar. Enfatiza-se aqui a necessidade de redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade. (p. 44)

Na questão que estamos tratando, ou seja, as relações entre vulnerabilidade e saúde mental é importante trabalharmos com perspectivas que permitam uma aproximação com o fenômeno do sofrimento mental sem aprisioná-lo em categorias, permitindo maior flexibilidade e diversidade tanto na compreensão quanto nas propostas de intervenção.

Gorovitz (1994) afirma que a vulnerabilidade é multidimensional, implica em graduações e mudanças ao longo do tempo e tem caráter relacional. As pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis com relação à determinada situação e num certo ponto do tempo e espaço. É importante destacar o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade.

Para se compreender a vulnerabilidade é necessário ampliar o olhar, saindo do individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas. Dentro desta perspectiva temos, por exemplo, o conceito de clínica ampliada (Campos, 2003; Cunha, 2005) que propõe uma prática clínica mais complexa e longitudinal. Da mesma forma, pensar em termos de vulnerabilidade pressupõe uma abertura para ações intersetoriais e formação de redes de atenção que integrem a área da saúde com outras áreas relacionadas à saúde do sujeito.

Outro aspecto muito importante na presente discussão relaciona-se à interface entre o serviço de saúde e a população/comunidade. Identificamos uma tendência presente na relação entre profissionais de saúde e população de imposição de uma racionalidade dita “científica” sem que haja uma reflexão mais profunda a respeito dos fenômenos que estão em jogo.

Milton Santos (2007) aponta que o aparecimento de uma ordem global que possui uma racionalidade técnica vai produzir tensão com relação à ordem local, da comunidade. Existiria uma razão global e uma razão local que em cada lugar se

superporiam, num movimento dialético, às vezes se associando, outras se contradizendo. Ele afirma que, sobretudo nas grandes cidades do terceiro mundo, a precariedade da existência de uma parcela importante da população produz atores sociais que vão exercer diversos tipos de ações no sentido de construção de modelos de adaptação que têm características instáveis, plásticas e criativas embasados em relações de solidariedade. Esta condição propiciaria uma espécie de abertura nos espaços onde vivem os pobres que favoreceria espaços aproximativos e de criatividade. Em algumas situações, ocorreria a produção de novos debates sobre a realidade cotidiana, novos usos e finalidades para objetos e técnicas, novas práticas e novas normas na vida social e afetiva.

É importante reconhecer elementos que nos permitam perceber os territórios mais vulneráveis com outros olhos, não somente negatividade, mas certa potência que se alicerça exatamente num tipo de exclusão. Quando saímos da análise macro, globalizada, e tentamos apreender as dinâmicas singulares de determinadas pessoas, percebemos que o mundo é muito fragmentado e não globalizado. Este aspecto é fundamental para a nossa discussão, pois permite o vislumbre de possibilidades de produções singulares na relação entre a área da saúde e a população que vive em condições precárias.

Onocko Campos et al. (2008), analisando a subjetividade contemporânea, apontam uma tendência ao empobrecimento simbólico e a necessidade de restabelecimento de um espaço subjetivo que propicie a criação de sentidos integradores no cotidiano.

Para Kaës (1991; 2005) a saúde psíquica estaria diretamente relacionada com a capacidade associativa, interpretativa, de elaboração e simbolização do psiquismo. Estaria ligada também à capacidade de fazer laços sociais. Ele mostra que as características da sociedade contemporânea vão exatamente dificultar estas operações, fragilizando o psiquismo do sujeito.

Nossa intenção é trabalhar com um conceito de saúde mental que possibilite uma certa liberdade ao sujeito de modo que ele possa dialogar com as diversas instâncias sociais (saúde, justiça, trabalho etc.) e com seus pares, sem submeter-se totalmente a um discurso normativo, restando um espaço para sua singularidade, para seu desejo aparecer. É importante destacarmos este aspecto de eterna criação e recriação das condições de manutenção da saúde mental do sujeito. Consideraremos esta questão de vital importância, pois a saúde mental na atenção básica pode facilmente se converter num programa higienista para controlar a vida da população de baixa renda.

Assim, a aproximação entre vulnerabilidade social e saúde/doença mental deve ser trabalhada com elementos que extrapolam o discurso técnico-científico tradicional incorporando outros saberes ligados aos sujeitos que são afetados pelo sofrimento. O papel do profissional técnico de saúde teria que ser repensado, saindo

do lugar tradicional que é de imposição de uma certa lógica para transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde (Ayres, 2003).

Vislumbramos uma mudança na direção do tratamento saindo de práticas centradas na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa para intervenções que valorizem a criação de sentidos para o sofrimento mental e que produzam ampliação das relações sociais do sujeito portador de sofrimento mental.

Referências

- Amarante, P. (2003). A clínica e a reforma psiquiátrica. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. de C. M. et al. (2003). O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. de (2007). Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In A. de A. F. Mello, M. F. de Mello, R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica* (2003). O vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. *Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2007). Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*, 7(n. esp.), jun. 2010a.
- Campos, G. W. de S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2003). Saúde como abertura ao risco. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caponi, S. (2009a). Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1): jan.-abr. (CD-ROM)
- Carvalho, S. R. (2005). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.

SAÚDE MENTAL

- Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (Orgs.) (2003). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Fonseca, M. L. G. et al. (2008, outubro). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS, América do Norte*, 11.
- Gadamer, H.-G. (1997). *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes.
- Gama, C. A. P., & Onocko Campos, R. T. (2009). Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 112-131.
- Gama, C. A. P. (2011). *Saúde mental na atenção básica: as relações entre a Subjetividade e o Território* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.
- Kaës, R. (2005). *Os espaços comuns compartilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maragno et al. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.
- Munhoz Sanchez et al. (2007, abril). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2).
- Onocko Campos, R. T. et al. (2008). Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(2), 173.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Caracas. Recuperado de URL: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>.
- Pereira, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In R. A. Pacheco Filho, N. Coelho Jr., M. D. Rosa (Orgs.), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo/EDUC.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 9(3), 460-483.
- Santos, M. (2007). *Território, territórios, ensaios sobre o ordenamento territorial*. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Santos, M. (2008). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4^a. ed. São Paulo: Edusp.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.

- Tanaka, O. Y., & Lauridsen-Ribeiro, E. (2006, setembro). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9).
- Watts, M., & Bohle, H. G. (1993). The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine. *Progress in Human Geography*, 17(1), 43-67.

Resumos

(Mental health and social vulnerability: direction of the treatment)

The aim of this paper is to reflect on the relationship between mental health and social vulnerability at the intersection of biological psychiatry and the Brazilian psychiatric reform. The concepts of mental health and social vulnerability, as based on diagnostic manuals and epidemiological research, are taken up in the scope of public health policies. We identify the need to overcome the traditional technical and scientific logic to incorporate the singularity and knowledge related to human suffering.

82

Key words: Mental health, mental illness, social vulnerability, treatment in mental health and psychiatric

(Santé mentale et vulnérabilité sociale: La direction du traitement)

L'objectif de cet article est de réfléchir sur les rapports entre la santé mentale et la vulnérabilité sociale à partir de la rencontre entre la Psychiatrie biologique et la Réforme psychiatrique. On problématise les concepts de santé mentale et de vulnérabilité sociale, les manuels de diagnostic, les recherches épidémiologiques, en prenant comme base les Politiques publiques de santé. On a identifié la nécessité de dépasser la logique technique et scientifique traditionnelle en intégrant la singularité et les savoirs liés aux sujets qui sont touchés par la souffrance.

Mots clés: Santé mentale, maladie mentale, vulnérabilité sociale, traitements de la maladie mentale et psychiatrique

(Salud Mental y vulnerabilidad social: la dirección del tratamiento)

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la relación entre la salud mental y la vulnerabilidad social a partir del encuentro de la Psiquiatría Biológica y la Reforma Psiquiátrica. Problematicamos los conceptos de salud mental y de vulnerabilidad social, los manuales de diagnóstico, las investigaciones epidemiológicas, teniendo como telón de fondo a las Políticas de Salud Pública. Se identificó la necesidad de superar la lógica tradicional técnica y científica incorporando la

SAÚDE MENTAL

singularidad y los conocimientos relacionados con los sujetos que son afectados por el sufrimiento.

Palabras claves: Salud mental, enfermedad mental, vulnerabilidad social, tratamientos de la enfermedad mental y psiquiátrico

(Geistige Gesundheit und soziale Verletzlichkeit: Behandlungsrichtung)

Ziel dieses Textes ist, über die Beziehung zwischen geistiger Gesundheit und sozialer Verletzlichkeit nachzudenken, ausgehend von der Begegnung der biologischen Psychiatrie und der psychiatrischen Reform. Wir diskutieren die Begriffe "geistige Gesundheit", "soziale Verletzlichkeit", Diagnosehandbücher, epidemiologische Untersuchungen vor dem Hintergrund der öffentlichen Gesundheitspolitik. Wir erkennen den Bedarf der Überwindung der traditionellen technisch-wissenschaftlichen Logik und der Aufnahme der Singularität und des Wissens in Verbindung mit vom Leiden betroffenen Subjekten.

Schlüsselwörter: geistige Gesundheit, Geisteskrankheit, soziale Verletzlichkeit, Behandlungen geistiger und psychischer Leiden

Citação/Citation: Gama, C. A. P. da; Onocko Campos, R. T., & Ferrer, A. L. (2014, março). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 69-84.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo e Profa. Dra. Andrea Márис Campos Guerra

Recebido/Received: 14.11.2012/ 11.14.2012 **Aceito/Accepted:** 10.2.2013 / 2.10.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Esta pesquisa é financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Brasília, DF, Br) / This research is funded by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Brasília, DF, Br).

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autorae declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

Doutor em Saúde Coletiva; Pós-Doutorado no Departamento de Saúde Coletiva Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br); Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ (São João del-Rei, MG, Br).

Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400/110A – Chanadour
35501-296 Divinópolis, MG, Br.
e-mail: carlosgama@terra.com.br

ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

Doutora em Saúde Coletiva; Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Unicamp
13083-887 Campinas, SP, Br.
e-mail: rosanaoc@mpc.com.br

ANA LUIZA FERRER

Doutora em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Unicamp
13083-887 Campinas, SP, Br.
e-mail: aluizaferre@gmail.com